

Raumbeengende Tumoren in der Schwangerschaft

Beobachtungen der letzten 5 Jahre an der
Bamberger Frauenklinik (1950-1955)

von

GERHARD EMMERT

Aus der Staatlichen Entbindungsanstalt, Hebammenschule
und Frauenklinik Bamberg
Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. W. Lüttge

" RAUMBEENGENDE TUMOREN IN DER SCHWANGERSCHAFT "
Beobachtungen der letzten 5 Jahre an der
Bamberger Frauenklinik (1950-1955)

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Friedrich-Alexander-Universität
zu
Erlangen



Vorgelegt von
Gerhard E m m e r t
aus Nürnberg

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät der
Universität Erlangen.

Dekan: Professor Dr. C. K o r t h

1. Referent: Obermedizinalrat Prof. Dr. W. L ü t t g e

2. Referent: Professor Dr. R. D y r o f f

Tag der mündlichen Prüfung: 27.3.1958

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
A.) Einleitung.....	4
B.) Tumoren.....	4
1. Myom in der Schwangerschaft.....	4
2. Carcinom in der Schwangerschaft.....	9
3. Sarkom in der Schwangerschaft.....	14
4. Cystadenom in der Schwangerschaft.....	16
5. Dermoidcyste in der Schwangerschaft....	17
C.) Beobachtete Fälle aus der Staatlichen Entbindungsanstalt, Hebammenschule und Frauenklinik Bamberg.....	19
D.) Zusammenfassung.....	28
E.) Literaturverzeichnis.....	29
F.) Lebenslauf.....	31

A.) Einleitung.
=====

Ausser pathologischen Veränderungen des knöchernen Beckens können auch Tumoren, die von den weichen Geburtswegen bzw. deren Umgebung ausgehen, zu Komplikationen in der Schwangerschaft führen.

Im folgenden sei nun ein Überblick über die häufigsten derartigen Tumoren gegeben, unter Berücksichtigung der in der Staatlichen Hebammenschule und Frauenklinik Bamberg beobachteten Fälle der letzten 5 Jahre.

B.) Tumoren.
=====

1.) Myom in der Schwangerschaft.

Das Uterusmyom ist eine, aus glatten Muskelfasern bestehende, häufige und gutartige, meist kugelige Neubildung der Gebärmutter von wechselnder Grösse, deren bündelförmige, verflochtene Muskelzüge von einem gefässführenden bindegewebigen Stützgerüst umgeben sind. Es wächst verdrängend aus sich heraus und entwickelt sich nur in der Geschlechtsreife.

Bis heute konnten noch keine exakten, konkreten Forschungsergebnisse hinsichtlich der Myomätiologie erzielt werden. Im folgenden seien die bekanntesten Theorien charakterisiert:

VIRCHOW sieht jede beliebige Muskelzelle des Uterus als Myomgrundlage an. Nach COHNHEIM sind bei der embryonalen Entwicklung des Uterus unverbraucht liegen gebliebene Wachstumskeime, die bei pathologischer Erregung atypisch wuchern und Myome bilden, das Ausgangsmaterial. RIBBERT schliesst sich der Cohnheim'schen Ansicht mit dem Unterschied an, dass er embryonale Zellen als Geschwulstbildner voraussetzt.-

R. MEYER versucht, Klärung in diese drei Grundanschauungen zu bringen und stellt sich auf den Standpunkt, dass die Myome aus unreifen Muskelzellen hervorgehen, die nicht abgekapselt im interfasciculären Bindegewebe liegen, sondern ein-

geschaltet in Muskelbündeln mit einiger Bevorzugung der in der Nachbarschaft von grösseren Gefässen liegenden kleinen Muskelbündel, nicht aber von den Gefässwandzellen. R. MEYERs überzeugende Untersuchungen basieren auf der regelmässigen Feststellung, dass ein kontinuierlicher Zusammenhang der mikroskopisch kleinen Myomzellgruppen mit dem normalen Muskelgewebe vorhanden ist und daher von einer embryonalen Keimversprengung für die Myomgenese sicher nicht die Rede sein kann. Diese Zellgruppen sind in keiner Weise von der umgebenden Muskulatur isoliert, sondern lassen deutlich Stielverbindungen erkennen.

Den Wachstumsfaktor des Myomkeimes sieht L. SEITZ in einer pathologischen Ovarfunktion; STOECKEL spricht sogar von einem "Myom-Ovar". Diese hormonelle Beeinflussung beweist CUSTOs Versuch, dem es durch langfristige Follikelhormongaben gelang, bei kastrierten Meerschweinchen myomähnliche Tumoren am Uterus zu erzeugen.

Myomvorkommen in der Schwangerschaft:

Myome werden in der Schwangerschaft relativ häufig beobachtet. v. FRANQUE spricht von 0,5 % aller Schwangeren, MEHAUX von 0,6 %.- Von allen zur Beobachtung kommenden Myomen machen aber nur ein Bruchteil Komplikationen in der Gravidität (0,6 - 0,43 % KÜSTNER, CAMPBELL).-

Nach einer Sammelstatistik von GAINNEY und KELLER aus den Jahren 1934 - 1946 haben von 700 Beobachtungen, 100 Störungen gezeigt, also 17,3 %.- Bei 51 (7,3 %) war ein chirurgischer Eingriff notwendig geworden und als häufigste Beschwerden gaben die Patientinnen Schmerzen an.- Überraschend ist, dass sogar bei submukösen Myomen Schwangerschaft und Geburt ungestört verlaufen können. Bei der Feststellung eines submukösen Myoms im Wochenbett muss man natürlich mit der Möglichkeit rechnen, dass das Myom erst während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett so ausgesprochen submukös gewachsen ist. Myome wandern dabei nach dem Gesetz des kleinsten Zwanges.

Nach der Serosa zu gelegene Myome werden zunehmend subserös. Dabei kann es dann zu Spannung der Serosa und somit zu

Schmerzen kommen. Nach der Mukosa zu gelegene Myome werden dagegen submuskös und können im Wochenbett schliesslich sogar ins Cavum uteri ausgestossen werden.-

Durch Raumbeschränkung, Verformung der Uterushöhle und mangelhafte Dehnungsfähigkeit können Aborte eintreten. In der älteren Literatur wird die Häufigkeit der Fehlgeburten bei Uterusmyomen auf 10-20 % angegeben.- E. BUMM schätzt die Fehlgeburten ohne Myome damals auf 15-20 %, also kaum ein wesentlicher Unterschied.

Ein bedeutungsvolles Entwicklungsergebnis während der Schwangerschaft stellt die partielle oder gar totale Nekrose des Myoms dar. Da der Uterus in der Gravidität meist schneller wächst als das Myom, kommt es zur Verschiebung der Grenzflächen, dabei zur Abknickung der die Myome versorgenden Gefässe und schliesslich - als Folge der mangelnden Ernährung - zum Absterben des Myoms. Eine weitere Folge davon kann endlich noch eine Verklebung und evtl. Abknickung des Dünndarms sein, aus dem dann meist ein Ileus resultiert.-

Eine Störung, rein mechanischer Art, kann das Myom bei einer Retroflexio uteri bilden, indem es die spontane Aufrichtung des Uterus verhindert. Dabei kommt es zu einer Inkarzeration des Uterus im kleinen Becken, deren Folge dann meist eine Fehlgeburt ist.-

Über das Wachstum der Myome in der Gravidität gehen die Ansichten vieler Autoren auseinander. Die einen sprechen von "galoppierendem Wachstum", andere wieder von einer Verkleinerung der Myome während der Schwangerschaft.

Fest steht jedenfalls, dass die mit der Schwangerschaft verbundene Hyperämie des Uterus meist auch zu einer Hyperämie der Myome führt. Starkes Wachstum und Auflockerung der Myome sind die Folge. Durch diese starke Auflockerung der Myome kann sich dann häufig das Myom dem wachsenden Uterus durch Abplattung, ja sogar durch evtl. Dislokation, formmässig günstiger anpassen und somit ein "Verschwinden" vortäuschen. Nach Ablauf des Wochenbettes sind sie aber im allgemeinen wieder nachweisbar.- Die Geburten verlaufen in der Überwiegenden Mehrzahl,

trotz der Anwesenheit eines Myoms, ohne wesentliche Störungen, doch muss natürlich mit einer erhöhten Zahl von Komplikationen gerechnet werden.-

Die Diagnose eines Myoms am graviden Uterus ist, wenn es der Palpation zugänglich, meist leicht. Schwieriger dagegen ist die Feststellung einer Schwangerschaft am myomatösen Uterus. Oft ist man nur durch Beobachtung und wiederholte, vergleichende Untersuchung imstande, die Diagnose zu stellen. Es sei bei dieser Gelegenheit daran erinnert, dass ein gravider, myomatöser Uterus nicht selten auch eine Zwillingschwangerschaft vortäuschen kann.-

Man hat einmal zur diagnostischen Klärung, ob Myom bzw. Myom und Schwangerschaft, die Hypophysinprobe vorgeschlagen. Nach langsamer i.v. Injektion von 1-2 VE käme es augenblicklich zu einer steinharten Kontraktion des graviden Uterus, dagegen sei bei Myomen die Kontraktion weit weniger stark. Diese Probe dürfte aber u.E. einer gewissen Gefahr nicht entbehren, nämlich der unbeabsichtigten Interruptio bei bestehender Gravidität durch diese Hypophysininjektion.

Differentialdiagnostisch ist vor allem an Ovarialtumoren zu denken. Bei auffallend schnellem Wachsen des Uterus bei Frauen vor dem Klimax muss man stets an eine Gravidität, nach dem Klimakterium - an ein Sarkom denken! Bei den untastbaren, submukösen Myomen finden wir meist heftige Blutungen, fleischwasserähnliche Abgänge und wehenartige Schmerzen. JASCHKE weist auf die Tatsache hin, dass bei ca. 2 % aller Myome eine sarkomatöse Umwandlung eintreten kann (Myo-Sarkome). Und schliesslich ist noch an eine Metritis chronica zu denken, bei der der Uterus derb, oft nicht unerheblich vergrössert ist und sich zuweilen an der Serosaoberfläche etwas uneben anfühlt.

Therapie:

Das Myom in der Gravidität und Geburt rechtfertigt noch lange kein aktives Vorgehen! Bezeichnend ist ein Bericht M. METZGERS, der die Spontangeburt eines 2550 g schweren Kindes bei einem 4,5 kg schwerem Myom beobachtete! Selbstverständ-

lich können Uterusmyome durch Verlegung des Geburtskanals zu einem absoluten Geburtshindernis werden, dann ist ein aktives, d.h. operatives Vorgehen unumgänglich, falls man sich nicht der Gefahr einer Uterusruptur aussetzen will. Desgleichen fordern andere, lebensbedrohliche Komplikationen - wie intraabdominale Blutungen (Myomkapselriss), Stieldrehungen subseröser Myome oder des ganzen Uterus, Ileus, Einklemmung, Infektion, Harnverhaltung, Vereiterung und Verjauchung - ebenfalls ein aktives Vorgehen.

Stielgedrehte Myome können abgetragen werden. Der Vorteil der Myomektomie liegt vor allem darin, dass man dabei meistens die Schwangerschaft erhalten kann. KROEMER berichtet, dass trotz Eukleation mehrerer Myome, Freilegung der Eihäute - ja sogar trotz Anstechung der Fruchtblase - die Schwangerschaft öfters erhalten blieb.

Zwar werden Einwände laut, dass dann, falls es trotz allem zu einer Fehl- oder Frühgeburt kommt, häufig bei der frischen Operationsnarbe bzw. -wunde leicht eine bedrohliche Blutung auftreten kann. Andererseits böte das keimhaltige Endometrium in besonderem Maße die Möglichkeit einer Wundinfektion.-

Selbstverständlich muss man nach jedem operativen Eingriff am graviden Uterus mit einer evtl. Früh- oder Fehlgeburt rechnen. Es wird deshalb auch auf die strenge Indikationsstellung zur Operation hingewiesen und gleichzeitig daran erinnert, dass man durch Corpus-Luteum-Gaben der Gefahr einer Früh- oder Fehlgeburt weitgehend entgegenarbeiten kann.

Die Berichte über Fehlgeburten schwanken zwischen 15 % und 55 %. Günther K.F. SCHULTZE berichtet, dass bei etwa 80 % der operierten Frauen die Schwangerschaft weitergeht.-

Von den oben erwähnten Komplikationen abgesehen, ist jedes aktive Vorgehen genau zu überlegen. Selbst bei Myomen, die den Geburtsweg verlegen, ist eine abwartende Haltung gerechtfertigt. Es kann dann bei Geburtsbeginn noch immer die abdominale Schnittentbindung und sogleich die supravaginale oder - bei Cervixmyomen - die Totalexstirpation angeschlossen werden.

Sorgfältige ärztliche Überwachung der Frauen mit Uterusmyomen während der Schwangerschaft und Klinikaufenthalt zur Entbindung ist unbedingt erforderlich.-

2.) Carcinom in der Schwangerschaft.

Das Carcinom ist eine epitheliale Wucherung, bei welcher der physiologische innere Bauplan verloren gegangen ist.

VIRCHOW nimmt an, dass durch den ständigen Wechsel von Zelluntergang und Neubildung durch einen hinzutretenden Reiz die Geschwulstzelle entsteht. Ist dann einmal die Geschwulstzelle gebildet, ist es gleichgültig ob der Reiz weiter anhält oder aussetzt.

LAHM sieht das Carcinom als eine Allgemeinkrankheit an.- Nach HUEK besteht das Wachstum in einer allgemeinen Umstimmung der Körpervorfassung, als Folge des alternden Organismus.-

ELSNER bezeichnet das Carcinom als ein Zellproblem und gleichzeitig als ein Problem des Regulationsmechanismus der endokrinen Drüsen, in welchen - durch das Alter bedingt - Dysregulationen auftreten und somit Anlass zu schrankenlosem Wachstum geben.-

H. MÜLLER und FRANKL gelangen auf Grund ihrer Studien über Epithelregenerationen und Krebsentstehung zur Annahme, dass zwischen diesen Vorgängen nahe Beziehungen bestünden. Das Carcinom stelle also demzufolge ein gesteigertes Regenerat dar, das durch Hormone ausgelöst werde. CRAMER hält die hormonale Beeinflussung des Carcinom-Wachstums wohl für den Tierversuch, aber nicht für den Menschen erwiesen.-

Befasst man sich mit diesem Thema der hormonalen Induktion, so darf ein biologischer Vorgang, nämlich die Koinzidenz von Carcinom und Gravidität nicht unberücksichtigt bleiben.

Carcinom des Uterus und Schwangerschaft treffen zeitlich selten zusammen. Nach SCHWEITZER treffen auf 23,000 Schwanger-

schaften 11 mit Uteruscarcinomen, also rund 0,05 %! GROSS kommt an Hand einer grossen, die gesamte Literatur umfassenden Statistik ebenfalls auf 0,05 %! Aus dem Material der Bamberger Klinik ergeben sich auf 25,500 Schwangerschaften 7 mit Uteruscarcinomen (0,03 %)! -

Dieses Zahlenverhältnis wird verständlicher, wenn man auf die geringe Befruchtungsmöglichkeit bei einem Cervixcarcinom blickt, bedingt durch die Absonderungen des Carcinoms, wie Blutung und Ausfluss. Wahrscheinlich haben sie auch einen ungünstigen Einfluss auf die Spermien.

Natürlich darf man die Möglichkeit auch nicht ausser acht lassen, dass zu einer bestehenden Schwangerschaft sekundär ein Carcinom dazukommt. Da bis heute noch nicht bekannt ist, wie lange bereits vor der ersten fassbaren Krankheitserscheinung ein vollständig erscheinungsloses Wachstum eines Carcinoms von der ersten, maligne entarteten Zelle an bestanden haben kann, ist es nicht möglich, mit Sicherheit zu behaupten, dass die Geschwulst erst während der Schwangerschaft entstanden sein müsse, also als sekundäres Ereignis anzusehen ist; selbst wenn eine gynäkologische Untersuchung makroskopisch keinen pathologischen Befund ergeben hatte. Im allgemeinen ist man der Auffassung, dass zu einem primären Carcinom eine Schwangerschaft hinzukommt.-

Die oben angeführten Zahlenangaben beziehen sich meist auf das Vorkommen von Collum-Carcinomen in Kombination mit Schwangerschaften. Über das Zusammentreffen von Corpus-Carcinom und Schwangerschaft findet man in der Literatur, ausser einer Angabe bei RONSISVALLE, von drei Fällen innerhalb 20 Jahren, keine Angaben. Diese Seltenheit steht sicher im Zusammenhang mit der Tatsache, dass das Corpus-Carcinom das höhere Alter bevorzugt - 75 % treten in der Menopause auf - der Rest im präklimakterischen Alter. Über den Einfluss des Carcinoms auf die bestehende Schwangerschaft findet man allgemein die Ansicht, dass ein Carcinom in den meisten Fällen eine Störung oder Schädigung der normalen Entwicklung zur Folge hat. Nach v. FRANQUE kommt es in 30-40 % der Fälle zu einer vorzeitigen,

spontanen Unterbrechung der Gravidität. Als Ursache sieht man allgemein, endometrische Veränderungen der Uterusschleimhaut durch Keimaszension, entzündliche Infiltration von zerfallenem Tumorgewebe aus, als auch Anaemie und Kachexie der graviden Tumorträgerinnen. Im Gegensatz zu der allgemeinen Anerkennung des ungünstigen Einflusses des Carcinoms auf die Schwangerschaft, ist die Einwirkung der Schwangerschaft auf das Wachstum und die Malignität des Tumors noch ziemlich ungeklärt. Ein Teil der Autoren ist der überzeugenden Ansicht, dass das Carcinom gerade in der Gravidität bedeutend lebhafter wachse! Der andere Teil wiederum beobachtete eine Wachstumshemmung.-

Die erste Gruppe versucht die Ansicht, der Wachstumsförderung, durch die vermehrte Durchblutung und Gewebsauflockerung, Verstärkung des Lymphkreislaufes und somit besonders leichte Verschleppung von Tumorzellen, zu beweisen. HOHENEGG erklärt sich das beobachtete Wachstum durch Verlust gewisser Schutzkörper während der Schwangerschaft, Schutzkörper welche latente Carcinom-Keime bislang an ihrem Wachsen hinderten.

Die andere Gruppe beobachtete, wie schon oben erwähnt, eine Hemmung des Wachstums. Ja, einige sprechen sogar von einem gewissen Schutz, den die Schwangerschaft gegenüber dem Carcinom ausübt, und suchen die Erklärung in P. EHRlich's Theorie von der "Atreptischen Immunität"! Der zufolge dürften dann aber, nach K. SOMMER, in der Schwangerschaft keine Carcinome auftreten oder vorhandene nicht wachsen!

Neuere Berichte suchen das Tumor-Wachstum durch hormonelle und fermentative Veränderungen im Körperhaushalt zu erklären. Ihnen zufolge erhält der Tumor Wachstumsimpulse durch das Ovarialhormon. In der Gravidität sei nun der regelmässige Zyklus unterbrochen und somit das Wachstum gehemmt. Umgekehrt, bei Wiedereinsetzen des normalen Ovarialcyklus, käme es dann zu einem, mitunter geradezu rapiden Wachstum.-

Schliesslich hat BAATZ in seinen Versuchsreihen über Spontan- und Impftumoren an graviden Mäusen festgestellt, dass im letzten Drittel der Schwangerschaft eine starke Hemmungswirkung im Wachstum der Tumoren auftritt. Als Hemmungsursache

sieht er die im zweiten bzw. im letzten Drittel voll ausgebildete Plazenta, der er eine gewisse Schutzwirkung zuspricht.

Wenn zusammenfassende Statistiken zu dem Ergebnis gelangen, dass bei der Kombination Carcinom und Gravidität die günstigen Fälle überwiegen, darf man dabei eines nicht vergessen: Eine Frau, die in ihrer Schwangerschaft Blutungen, Fluor, Schmerzen oder andere Sensationen bemerkt, wird verständlicherweise viel eher damit zum Arzt gehen, als eine nicht gravide Frau mit den nämlichen Beschwerden. Somit werden also Carcinome durchschnittlich in einem früheren, noch günstigen Zeitpunkt entdeckt und bieten somit auch eine günstigere Prognose. Diese günstigere Prognose läge nun nicht in der Art des Carcinoms, nicht in einer günstigen Beeinflussung des Carcinoms durch die Gravidität, sondern doch nur einzig und allein in dem zufälligen Zusammentreffen: Sensationen in der Gravidität und frühere Erkenntnismöglichkeit durch den Arzt.-

Die Diagnose in der Schwangerschaft wird durch die Hyperaemie der Portio weitgehendst begünstigt, da schon im Frühstadium Blutungen leichter ausgelöst werden. Dabei muss man allerdings bei Blutungen in der ersten Schwangerschaftshälfte an einen beginnenden Abort bzw. an eine Extrauterin gravidität denken, darüber gibt einem aber die Spekulumuntersuchung näheren Aufschluss. Bei Blutungen in der zweiten Hälfte der Gravidität wird der Gedanke an eine Plazenta praevia wohl der nächstliegende sein. Selbstverständlich kann gerade in der Schwangerschaft der makroskopische Befund nicht immer mit Sicherheit als Carcinom imponieren, zumal es in der Schwangerschaft entzündliche Wucherungen in der Portioschleimhaut gibt, die papilläre oder sogar exulzerierende Veränderungen erzeugen! Eine Probeexzision ist dann meistens nicht zu umgehen. Die Symptome unterscheiden sich in keiner Weise von denen ausserhalb der Gravidität. Rosafarbener Ausfluss, besonders aber eitriger und stinkender Fluor, werden immer den Verdacht auf ein Carcinom erwecken. Dabei ist allerdings wieder zu berücksichtigen, dass ein gewisser Fluor in der Schwangerschaft geradezu physiologisch ist. Das wichtigste Symptom ist eine

mässig anhaltende Blutung! Des weiteren sollen Miktions- und Stuhlbeschwerden und Schmerzen im Unterleib den Arzt auch zur Vorsicht mahnen. Leider sind letztere meist keine Initialsymptome mehr, sondern das Carcinom hat häufig dann schon den Uterus überschritten.

Therapie:

Lange Zeit hatte der Grundsatz Geltung: wenn der Fall operabel ist, Operation zu jeder Zeit; ist er nicht operabel, dann abwarten im Interesse des Kindes und am Ende der Schwangerschaft Schnittentbindung mit Abtragung des Corpus uteri und Stielversorgung.-

Mehrere Autoren sprechen von einer besseren Operabilität während der Schwangerschaft. So halten z.B. GROSS, WEIBEL, MEYER die Operabilität um 50 % besser, als ausserhalb der Schwangerschaft. SCHWEITZER beobachtete 82 % operable Fälle mit Graviditas und 58,5 % ausserhalb derselben. Alle Autoren betonen den hohen Prozentsatz der operablen Fälle, trotz der diversen Schwangerschaftslängen und der verschiedenen Ausbreitungsgrade der Carcinome. Sie weisen auch auf die herabgesetzte Neigung des die Schwangerschaft begleitenden Carcinoms zu Lymphdrüsenmetastasen hin. Des weiteren ist im Puerperium eine weitaus schlechtere Heilungstendenz zu verzeichnen, als in der Gravidität. Nach STOECKEL, SCHWEITZER, PANKOW sind Dauerheilungen in der Gravidität von 40-50 % beobachtet worden.

STOECKEL empfiehlt bei operablen Carcinomen, ohne Rücksicht auf Schwangerschaft und Lebensfähigkeit des Kindes, abdominal und radikal zu operieren. Ist das Kind bereits lebensfähig, so wird die abdominale Schnittentbindung der Radikalooperation vorausgeschickt. Stets wird dann eine intensive Nachbestrahlung angeschlossen. Ist das Carcinom aber inoperabel, so wird nur Rücksicht auf das Kind genommen und eine Erhaltung der Schwangerschaft bis zur Lebensfähigkeit des Kindes angestrebt und am Schluss sei dann die Geburt so zu leiten, wie es der Einzelfall erfordert, wobei er aber der Schnittentbindung den Vorzug gibt. Von Röntgen- oder Radiumbestrahlungen während der Schwangerschaft rät er, mit Rücksicht auf evtl.

Strahlenschädigungen des Kindes, dringend ab. H. GUGGISBERG schliesst sich dieser Ansicht voll an. Von NISSEN wird empfohlen, die Schwangerschaft zu unterbrechen und darauf hin die Strahlenbehandlung vorzunehmen. Sicherlich dürfte aber bei diesem Vorgehen die Gefahr einer Infektion des puerperalen Uteruscavums besonders gross sein!

Übereinstimmend geht die heutige Ansicht der weitaus meisten Autoren dahin: Wenn das Carcinom operabel erscheint, sei die Frau auf jeden Fall zu operieren - ohne Rücksichtnahme auf das Leben des zu erwartenden Kindes. Bei Inoperabilität hingegen, setze man das Leben des Kindes vor das der Mutter, indem man die Gravidität bis zur Lebensfähigkeit des Kindes zu erhalten versucht und dann - dem Einzelfall angepasst - die Geburt leitet.

3.) Sarkom in der Schwangerschaft.

Unter Sarkomen verstehen wir Blastome, die aus irgendwelcher Form der Bindegewebssubstanz hervorgehen und maligne Eigenschaften besitzen, d.h. imstande sind, destruierend zu wachsen und Metastasen zu setzen.

Beim Versuch, der formalen Entstehung der Sarkomzellen näher zu kommen, wurden vielfach Übergangsbilder zur Betrachtung herangezogen, wie sie sich in den Randpartien von Sarkomen ergeben. In solchen Randpartien finden sich häufig neben reaktiven, hyperplastischen Gewebsveränderungen, auch in Degeneration begriffene Muskel- oder Myomzellen und Sarkomzellen. Die Ähnlichkeit dieser Degenerationsformen gab dazu Anlass, die Entstehung der Sarkomzelle aus der formal reifen Muskel- bzw. Myomzelle abzuleiten. R. MEYER weist darauf hin, wie eben gerade diese Stellen Anlass zu einer, leider oft völlig irrigen, Deutung geben können. Er ist der Ansicht, die Sarkomzellen sind keine Degenerationsprodukte reifer Muskelzellen, Bindegewebszellen usw., sondern ihre Matrix wird von unreifen, unverbrauchten, also nicht oder mangelhaft differenzierten

Zellen gebildet.

O. FRANKL sagt: "Die Sarkomzellen, deren Hauptcharakteristikum die formale und physiologische Unreife ist, leiten sich aus undifferenzierten Zellen, bzw. Zellkomplexen ab, die sich einerseits zu vollkommen- oder nahezu-ausgereiften Muskelfasern, zu Bindegewebszellen ausdifferenzieren können oder aber andererseits undifferenziert auf niederer Stufe als Rundzellen, Spindelzellen, stehen bleiben können".-

Damit sei nun nicht gesagt, dass etwa vorhandene, undifferenzierte Zellkomplexe eine Geschwulstentwicklung auslösen müssen - sie können ein ganzes Leben "liegen bleiben" oder in Proliferation geraten und histologisch und physiologisch vollwertige Organzellen werden. Nach BORST bedarf es einer "inneren Umwandlung", um geschwulstmässig zu wachsen. Der Anlass zu jener "Umwandlung" ist allerdings noch völlig unbekannt.-

Um einen annähernden Überblick über die Häufigkeit des Uterussarkoms in der Schwangerschaft zu bekommen, muss man es in Relation mit anderen Uterustumoren bringen. So z.B. errechnete KRUCKENBERG, dass die Uterussarkome an der Gesamtzahl aller Uterustumoren mit 6,67 % beteiligt sind; nach GURLT 0,08 %, nach ROGER WILLIAMS 0,19 %! FRANKL findet unter 2952 Uterustumoren 1878 Myome, 1036 Carcinome und 38 Sarkome.

Allgemein nimmt man als Verhältnis Carcinom/Sarkom 41/1 an.- Gleichzeitige Gravidität kann offenbar die Propagation und Metastasierung begünstigen, doch sind auch Fälle bekannt, in denen kein Einfluss auf die Geschwulst nachweisbar war. Über das Wachstum der Sarkome in der Schwangerschaft fanden wir in der Literatur keinen Hinweis.

Am schnellsten wachsen die Sarkome von niederer Reife, während die muskelzelligen und die Sarkome in Myomen sich relativ langsam vergrössern. Auffallend ist bei den Sarkomen die örtliche Destruktion und Metastasenbildung. Letztere geht fast ausschliesslich auf dem Blutweg vor sich.

Die Diagnose des Sarkoms in der Schwangerschaft ist oft ausserordentlich schwierig, da es im Anfangsstadium annähernd keine Symptome bietet. Mitunter ist es schon zu beträchtlicher Grösse herangewachsen, bis es dann zur örtlichen Destruktion kommt, die dann ihrerseits lokale oder Allgemeinerscheinungen bedingt. Am frühesten werden die exstruktiv wachsenden Portio- und Cervixsarkome, durch den Zerfall der leicht verletzlichen weichen Geschwülste, der Trägerin bemerkbar. Auffallend ist die Abnahme des Körpergewichtes und die Kachexie; Allgemeinsymptome, die aber leider erst in einem fortgeschrittenen Stadium auftreten. Die wichtigsten Verdachtsmomente sind: Weiche Konsistenz, auffallend rasches Wachstum mit Schmerzen, Blasen- und Darmstörungen, peritonitische Reizerscheinungen, Ascites, Abmagerung, Anaemie und schliesslich dann, in den noch weiter fortgeschrittenen Stadien, Oedeme, Ikterus und Fieber.- Das Uterussarkom führt, wenn es nicht vor der metastatischen Ausbreitung behandelt wird, unaufhaltsam zum Tode. Die Metastasenbildung erfolgt meist erst spät, bildet aber die häufigste Todesursache.

Als Therapie stehen uns zwei Möglichkeiten zur Verfügung: Erstens die Operation mit nachfolgender Röntgen-Bestrahlung; zweitens die alleinige Röntgen-Bestrahlung. Eine scharfbegrenzte Indikation hierzu ist bis heute noch nicht bekannt.

4.) Die Cystadenome sind charakterisiert durch das proliferierende Wachstum drüsenschlauchartiger Gebilde. Meist kommt es durch Sekretion und Proliferation der Drüsenepithelien zur Erweiterung der Drüsengänge und durch Abschnürung zur Bildung von Epithelhöhlen, Cysten. Derartige Cysten, besonders das Cystadenoma pseudomucinosum, die häufigste aller Eierstocksgeschwülste, können zu riesenhaftem Umfang heranwachsen. Das am häufigsten beteiligte Lebensalter liegt etwa zwischen 20 und 60 Jahren, ausnahmsweise findet man diese Tumoren auch im Pubertätsalter.

5.) Dermoidcyste.

Beim cystischen Teratom handelt es sich um eiförmige Bildungen wechselnder Grösse mit glatter Oberfläche. Es werden Dermoidcysten von Kirschkerngrösse bis zu 18 kg Gewicht beschrieben. Meist handelt es sich um Säcke, deren Wand dick und fest ist und deren Inhalt im wesentlichen von einem fettig - schmierigen, mit Haaren oder auch Zähnen untermengtem Brei gebildet wird. Sie enthalten Abkömmlinge aller drei Keimblätter. Häufig kann man auch Kombinationen von Dermoiden und Cystadenomen beobachten.

Die Häufigkeit der Dermoidcyste in der Schwangerschaft beträgt z.B. nach Erfahrungen der Tübinger Frauenklinik 131 Dermoiden unter 682 Ovarialtumoren. RAVANO fand in 9,44 % Dermoiden, KRÖMER in 10 %, YAMASAKI für Japan z.B. 34,97 %.-

Das Wachstum der Dermoiden schreitet langsam fort und kommt vorwiegend bei Frauen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren vor. Da nun die Dermoiden gutartig sind und langsam wachsen, haben Geschwulstträgerinnen oft jahrelang die Möglichkeit zu konzipieren. Das Zusammentreffen von Dermoiden mit Gravidität sah MAYER in 10 % seiner Fälle. Da die Dermoiden meistens kleinere Tumoren sind, sollte man erwarten, dass sie relativ wenig Beschwerden machten. Dem ist aber nicht so; am häufigsten klagten die Patienten über Leibschmerzen, Völlegefühl und Kreuzschmerzen. Ja mitunter treten Sensationen auf, wie man sie bei der Stieldrehung antrifft.

Eindeutig ist die Rolle der Ovarialtumoren in der Schwangerschaft und Geburt. Gleichwohl ist das Zusammentreffen von Ovarialtumoren und Schwangerschaft doch ziemlich selten. Man gibt eine Häufigkeit von nur 0,15 % an; nach neueren Feststellungen sei der Prozentsatz noch geringer. Natürlich geben diese Zahlen nur Aufschluss, wie oft diese Tumoren Komplikationen machten und ärztlich festgestellt wurden, aber nicht, wie oft sie überhaupt vorkommen. So hatten z.B. unter 49 von STÜBLER und BRANDESS zusammengestellten Ovarialtumoren bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, nicht weniger als

22 weder bei der Geburt noch im Wochenbett Beschwerden gemacht und wurden erst hinterher diagnostiziert. 12 Tumoren wurden in der Gravidität festgestellt.-

Ovarialtumoren können, wie schon bei den Myomen erwähnt, in der Gravidität die nämlichen Komplikationen machen, wobei besonders Dermoide, die wegen ihrer Grösse häufig Platz im kleinen Becken finden, am ehesten Anlass zu Störungen geben können. Sie können dann eine Lageanomalie des Kindes bewirken, oder ein unüberwindliches Geburtshindernis abgeben, das eine Entbindung auf natürlichem Wege unmöglich macht.

Die Therapie dieser Ovarialtumoren unterscheidet sich im wesentlichen nicht von der oben beschriebenen Therapie der Myome. Es sei hier lediglich auf die Möglichkeit hingewiesen, etwaige hinderliche Cysten abzapfunktieren, sie also so zu verkleinern, dass sie kein Geburtshindernis mehr abgeben.-

C.) Beobachtete Fälle aus der Staatlichen Entbindungsanstalt,
Hebammenschule und Frauenklinik Bamberg.

Im folgenden seien nun 7 an der Staatlichen Hebammenschule, Entbindungsanstalt und Frauenklinik Bamberg beobachtete und einschlägige Fälle der letzten 5 Jahre beschrieben.

Es handelte sich dabei um:

Fall 1 : Carcinoma semiadenomatosum des linken Ovars.

Fall 2 : Dermoidcyste des rechten Ovars.

Fall 3 : Ovarialcyste links.

Fall 4 : Cystovar rechts.

Fall 5 : Collum - Carcinom.

Fall 6 : Portio - Carcinom.

Fall 7 : Riesen - Myom.

Fall 1 :

P. Marg., 38 Jahre, VI Gebärende in mäßig reduziertem A.Z.-F.A. o.B.; E.A.: 1936, 1945, 1951 normale Geburten, 1950 Abortus mens III, 1954 sectio wegen Placenta praevia. Keine ernste Erkrankung erinnerlich.

JE. Grav. mens VI - VII. Die ersten 5 Monate normale Schwangerschaft. Im Beginn des VI. Monats wehenartige Schmerzen im Unterleib und im Kreuz. Patientin blutet nicht. Allgemeinstatus: o.B.

Leib: Bauchdecken sehr stark gespannt, KHT normal. Uterus: 2 Quf. unter dem Rippenbogen, Palpation sehr schmerzhaft. Promontorium nicht erreichbar, knöchernes Becken o.B. Cervix etwas verkürzt. Vorangehender Teil beweglich über dem Becken, höckerig. An der linken Seite lässt sich ein, ca. mannskopfgrosser, unbeweglicher scharfkantiger Tumor tasten.-

Da die Schmerzen ständig zunehmen, der Tumor stielgedreht erscheint und nach menschlichem Ermessen ein Wachstum der Schwangerschaft durch Raumbehinderung nicht mehr möglich ist, wird - nach Rücksprache mit der Patientin und deren Ehemann - die Laparotomie vorgenommen.-

Op. Bericht:

In Eunarcon-Narkose Eröffnung durch Medianschnitt unter Circumcision des Nabels - Exsudat in der freien Bauchhöhle. Es findet sich ein, vom linken Ovar ausgehender, prallelastischer, bis zum Rippenbogen reichender Tumor, der sich nicht absaugen lässt. Der Tumor wird abgetragen und der ausserordentlich hyperaemische Stiel doppelt ligiert. Da die Schwangerschaft mit Sicherheit noch nicht lebensfähig ist, wird von anschließender Sectio Abstand genommen. Re. Adnexe o.B.- Typischer Wundschluss.

Gewicht des Tumors: 2,100 g.

Die histologische Untersuchung ergab ein Adenocarcinom mit Übergang in ein mehr solides Carcinom. Das bindegewebige Stroma fand sich besonders stark ausgeprägt in Form mächtig wuchernder, verschleimender Bindegewebsmassen, das ausserdem zur Nekrose neigte. Die Carcinomzellen waren in dieses verschleimende Gewebe in Form von Drüsen und Strängen von polygonalen soliden Zellen eingelagert. Hier und dort fanden sich Zusammenklumpungen nach Art von Psammonkugeln.

Diagnose: CARCINOMA SEMIADENOMATOSUM des linken Ovars mit mächtig wuchernden, verschleimendem Stroma und Nekrosen.

Der weitere Heilverlauf war glatt und ungestört, die KHT normal. Zu Hause spontan entbunden. Post partum bestrahlt.

Kritik:

Als Ausgangspunkt kommen zwei Möglichkeiten in Betracht: entweder handelt es sich um ein primäres Ovarialcarcinom oder um ein metastasierendes, sekundäres Ca., wobei für ein primäres das einseitige Vorkommen spricht, für das sekundäre die Wucherung des schleimbildenden Stromas und die Nekrosen.-

Überraschend ist hier das so schnelle Wachsen des Carcinoms, hatte doch weder die knapp ein Jahr vorher durchgeführte Sectio, noch die während der ersten Schwangerschaftsmonate angestellten gynäkologischen Untersuchungen einen Anhalt für ein pathologisches Geschehen gegeben.-

Die Aussichten auf die Fruchterhaltung waren, dem makroskopi-

schen Uterusbefund nach, als günstig zu bezeichnen. Die Patientin wurde, nach komplikationslosem Wochenbett, röntgenbestrahlt.

Fall 2 :

R. Barb., 26 Jahre, Unipara.

Familienanamnese: o.B.

Eigenanamnese: Rachitis, sonst o.B.

JE: Patientin kommt wegen Steisschiefelage zur stationären Aufnahme.

Allgemeinstatus: o.B.

Bei der vaginalen Untersuchung tastet man deutlich zwei verhackte Füsse und eine cystische Schwellung, die mit 70 % Wahrscheinlichkeit als eingekeilter Steiss, mit 30 % als Cyste imponiert. Die kombinierte vaginale/rectale Untersuchung ergibt denselben Befund.

Lachgasnarkose - Episiotomie - Herunterholen eines Fusses - auf Zug kein Tiefertreten - nochmalige Untersuchung: breite, sehr wahrscheinlich intraperitoneal gelegene Cyste. Punktion der Cyste aussichtslos, deshalb Vorbereitung zur Sectio wegen: Cyste, plattrachitischem Becken I. Grades und Rupturgefahr.-

Op.-Bericht:

Nach Eröffnung reichlich, seröses Exsudat in der Bauchhöhle. Das untere Uterinsegment ist papierdünn ausgezogen - Kind lässt sich gut entwickeln. Plazenta vollständig - Uterusnaht - nach Pituglandol kontrahiert sich der Uterus gut und ausreichend.- Hervorluxieren des Uterus, nun findet sich im Douglas eine bewegliche, um 270 Grad torquierte, annähernd kindskopfgrosse Cyste. Cystektomie - typischer Wundschluss.

Der histologische Befund ergab:

Makroskopisch handelt es sich um eine, mit Talg und Haaren angefüllte Cyste. Im Sack findet sich ausserdem Fettgewebe, Knochen und ein vollständig ausgebildeter Zahn. Mikroskopisch findet sich in der Wandung ausserdem noch Knochen- und Schleimgewebe.

Diagnose: DERMOIDCYSTE.

Ausser einer geringen Wochenflusstauung und damit verbundener Temperatur, völlig komplikationsloser Verlauf.

Kritik:

Die douglaswärts gelegene Cyste war für das Wachstum der Schwangerschaft kein Hindernis. Eine Entbindung per vias naturales wäre aber unmöglich gewesen, da sich die Dermoidcyste infolge ihres Inhalts nicht komprimieren lässt und der Raum der Kreuzbeinhöhle vollständig ausgefüllt war.

Fall 3 :

H. Kunig. 33 Jahre. Zwei normale Geburten.

Familienanamnese: o.B.

Eigenanamnese: 1954 2 Fehlgeburten mens II und III; sonst nie ernstlich krank gewesen.-

JE.: Gravide mens II. Seit Wochen sehr heftiges Erbrechen und Schmerzen im After. Keine Blutungen, Stuhl und Miktion normal.

Allgemeinstatus: o.B. BKS 10/20; Blutbild: o.B. Temp. 37,0.

Uterus: klein, derb, antevertiert/flektiert, etwas aufgelockert, nach rechts verdrängt. Links neben Uterus, das Scheidengewölbe etwas verdrängend, gut gänseeigrosse, weiche, teigige Schwellung.

Da sich die Schmerzen immer mehr steigerten, nach Rücksprache mit Patientin - Laparotomie.

Dabei findet sich ein Uterus mens II entsprechend und eine, vom linken Ovar ausgehende, im Douglas inkarzerierte, gänseeigrosse Cyste.- Absetzen der Cyste und des linken Ovars - typischer Wundschluss.-

Post operationem erhält die Patientin Depot-Proluton, es kommt aber trotzdem - 2 Tage später - zum Abortus.

Kritik:

Im Vordergrund der Operationsindikation - beim Fall 3 - standen unbedingt die, von der Patientin als unerträglich geschilderten, Schmerzen. Sensationen, die angeblich täglich an Intensität, gewissermaßen proportional mit der Schwangerschaft, zunahmen.- Man musste sich zur Laparotomie trotz der jungen

Schwangerschaft entschliessen, die ja bekanntlich besonders im ersten Drittel sehr abortgefährdet sind. Im obigen Fall kam es - trotz intensiver prophylaktischer Maßnahmen - 2 Tage später zum Abort. Der Operationsbefund rechtfertigte dann auch den Entschluss des Operateurs, denn die inkarzerierte Cyste hätte, bei ihrer Wachstumstendenz und der des Uterus; einen - wohl vielleicht späteren - chirurgischen Eingriff nie vermeiden lassen.

Fall 4 :

S. Maria. 31 Jahre, II Gebärende.

Familien- und Eigenanamnese o.B.

JE.: Kommt in Gravidität mens II - IV wegen, seit Wochen, therapieresistentem Erbrechen zur Aufnahme.

Keine Blutung, kein Fluor.- Starker Meteorismus.-

Allgemeinstatus: o.B.

Uterus: entsprechend mens III - IV, keine pathologische Veränderung. Rechts tastet man deutlich eine, etwa kleinapfel-grosse, nicht bewegliche Resistenz - einem Ovarialtumor entsprechend.

Nach Rücksprache mit der Patientin - Laparotomie:

Im Douglas findet sich eine enteneigrosse, prallelastische, vom rechten Ovar ausgehende, Cyste. Sie ist ausserordentlich fest inkarzeriert und wurde unter grösster Schonung des Uterus, mit der rechten Tube, entfernt - typischer Wundschluss.-

Die Patientin erhielt post operationem Depot-Proluton und konnte nach glattem Heilverlauf, völlig beschwerdefrei, nach 20 Tagen entlassen werden.

Diagnose: Inkarzeriertes CYSTADENOM des rechten Ovars.

Kritik:

Im obigen Fall hat sicher die Cyste, durch Kompression des Darms, zu dem geklagten Meteorismus geführt, sehr wahrscheinlich auch zu diesem starken Erbrechen. Andererseits bedeutete der Druck auf den Uterus eine ernste Gefahr für das Fortbestehen der Schwangerschaft. Zumindest wäre dann bei, wider Erwar-

ten möglicher Austragung, eine Schnittentbindung unumgänglich gewesen.-

Fall 5 :

W. Maria. 31 Jahre. IV. Gebärende in gutem AZ.

Familienanamnese: o.B.

Eigenanamnese: 1943, 1944 normale Spontangeburt.

1951 Sectio wegen toxischer Erscheinungen.

JE.: Patientin Graviditas mens V klagt seit 2 Monaten über minimale Blutungen. Vor 8 Tagen ziehende Schmerzen im Unterleib und stärkere Blutungen. Heute Morgen Abgang grösserer Blutklumpen, keine Temperatur. Stuhlgang und Miktio normal.-

Allgemeinstatus: o.B.

BKS: 10/20; Blutbild: o.B.

Uterus: vergrössert, entsprechend mens V, Portio verkürzt, zerklüftet.

Spekulum: Leichte Blutung aus der Cervix. An hinterer Mm. Lippe blutende Stelle.-

Probeexzision: PLATTENEPITHEL - CARCINOM der Portio.

Therapie: Patientin erhält 5 Radiumeinlagen mit je 100 mg Eh.

Nach 5 Wochen völlig beschwerdefrei nach Hause entlassen.

KHT normal.-

Nach drei Monaten kommt sie erneut zur Aufnahme und klagt diesmal über Brennen in der Vagina und, post mictionem, in der Harnröhre, ebenfalls habe sie seit einigen Tagen wieder mittelstarke Blutungen.

Allgemeinbefund: seit der Klinikentlassung unverändert,

KHT: gut.

Uterus: nun entsprechend mens VIII - IX vergrössert.

An der hinteren Mm.-Lippe ein, ca. erbsgrosses, blutendes Ulcus.- Erneut konservative Therapie und beschwerdefreie Entlassung nach 8 Tagen.-

Knapp 4 Wochen nach ihrer zweiten Klinikentlassung kommt die Patientin, nach rechtzeitigem Blasensprung, ohne Wehen zur Aufnahme.-

Nach üblicher Vorbereitung kam es zu einer komplikationslosen

Spontangeburt eines reifen, lebenden Knaben aus II. Schädel-lage. Plazenta folgte spontan und vollständig. Der Uterus kontrahierte sich gut.-

Nach komplikationslosem Wochenbett wurde Patientin wieder nach Hause entlassen.

Kritik:

Ein histologisch gesichertes Portio-Carcinom bei Gravidität wurde mit Radiumeinlagen behandelt. Nach normaler Tragzeit kommt es zur komplikationslosen Spontangeburt, die anschliessend eine weitere Behandlung des Ca.'s möglich machte.

Fall 6 :

H. Maria. 33 Jahre. II Gebärende.

Familienanamnese: o.B.

Eigenanamnese: Erster Partus normal, nie ernstlich krank gewesen.-

JE.: Patientin gravide mens IX. Klagt seit ca. 8 Tagen über Flimmern vor den Augen und Schmerzen im Kreuz. Nach Angabe des Hausarztes, gestern Abend eklamptischen Anfall (Zungenbiss).-

Befund: Patientin in ausreichend gutem AZ. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Mässige Unterschenkelödeme, Bauchdecken schlaff. Fundus 3 Quf. unter dem Rippenbogen, Uterus kugelig, unauffällig. Beckenmasse normal. Fruchtblase steht. I. Längslage.

Urin: E (pos.) Z - Sediment: gran. und hyal. Zylinder, reichlich Leuco, Ery und Epithelien.

Temperatur: 37,0; Puls: 80/Min.; RR: 250/150 mm Hg !

Verlauf: Am Tage der Einlieferung eklamptischen Anfall.

Nach Aderlass, 40 %igen Traubenzucker i.v.-
Stroganoff.

19.VII. RR 180/100, ansprechbar, keine Wehen.

20.VII. keine Wehen, RR wieder angestiegen, in den Abendstunden Vorbereitung zur Sectio.-

21.VII. Sectio in Lumbalanaesthesie (Liquor stand unter grossem Druck!)

Operation: Uterus livide verfärbt - cervical

Querschnitt - Entwicklung eines lebensfrischen, reifen Knaben. Das Fruchtwasser war grünlich verfärbt - Plazenta folgt spontan und vollständig - Uterus kontrahiert sich sehr gut. Kontrolle der Mm.-Öffnung: ungewöhnlich fest geschlossen und vernarbt! Mm. nicht von oben her zu öffnen. Zur Vermeidung einer fausse route, Eingehen mit der Hand in die Vagina, dabei zeigt sich, dass der Mm. und die Cervix knollig durchsetzt sind und eine, bis ins Scheidengewölbe übergehende Vernarbung besteht. Unter Leitung von unten, Aufstöpselung von oben - Schluss des Uterus und der Bauchhöhle in typischer Weise.-

1. Tag post op. : zunehmende Sehstörungen, RR sinkt ab.
2. " " " : kräftiger Puls, spontan Stuhlgang, zunehmende Benommenheit, Temperatur 40,0.
3. " " " : unverändert, Wochenflusstauung, erneute Dilatation bis Hegar 15-20.
4. " " " : Uterus nicht vergrößert, Probeexzision aus Portio.
5. " " " : Exitus letalis.

Histologischer Befund: SOLIDES PLATTENEPITHEL - CARCINOM der Portio.-

Kritik:

Bei diesem Cervixtumor hätte es nie zu einer Spontangeburt kommen können. Durch ein infiltratives Wachstum in die Parametrien war es zu einer Kompression der Ureteren und damit zur Hydronephrose gekommen. Die Eklampsie war also Ausdruck urämischer Anzeichen.

Fall 7 :

Ü.A. 34 Jahre. II Gebärende.

Familien- und Eigenanamnese: o.B.

JE.: Gravide mens X kommt am 19.VI. gegen 08.30 Uhr zur Aufnahme und gibt an, seit gestern keine Kindsbewegungen mehr zu spüren. Bis gestern völlig normale Schwangerschaft, keine Blutungen, keine Schmerzsensationen.-

Befund:

Allgemeinstatus: o.B. Mässige Oedeme am linken Unterschenkel.

Leib: längsoval, straff.

Fundus: in Höhe des Rippenbogens.

Uterus: Form oval.-

Keine KHT zu hören.

Übliche Vorbereitung. Um 19.00 Uhr Abgang von grün/bräunlichem Fruchtwasser. Um 21.30 Uhr Spontangeburt eines reifen, toten Mädchens aus I. Fusslage; Plazenta folgte spontan und vollständig. Patientin hat weiter Wehen, der Fundus rechts 1 Quf. unter dem Rippenbogen und eben dort eine Ausladung. Leichte Blutung.

Rectale Untersuchung: kompaktes, teils weiches "Teil" zu spüren. Steiss eines Zwillings? Wegen des unklaren Befundes und der Blutung

vaginale Untersuchung: es stellt sich ein submuköses, kindsgrosses Myom heraus! - Einlegen einer Tamponade.

Ausser einer geringen Wochenflusstauung komplikationsloses Wochenbett. Die Patientin wurde nach Hause entlassen und zwei Monate post partum operiert.

Dabei bestätigte sich der Untersuchungsbefund, es fand sich ein, annähernd kindsgrosses, cervicales Myom. Da der Uterus nicht erhalten werden konnte, wurde supravaginal amputiert.

Histologischer Befund: FIBROMYOM mit starken, regressiven Veränderungen und beginnenden Nekrosen.-

Kritik:

Trotz Riesenmyom ausgetragene Frucht von 52 cm und 3150 g. Die Nabelschnur war 2 mal fest um den Hals geschlungen. Als

Ursache des Fruchttodes kann man drei Gründe ansehen:

1. die Nabelschnurumschlingung, 2. etwaige Kompressionerscheinungen von Seiten des Myoms, 3. schlechte Ernährungsbedingungen wegen ungenügender Plazentarhaftung infolge des Myoms.

D.) Zusammenfassung.

=====

In der vorliegenden Arbeit werden die am häufigsten vorkommenden, raumbeengenden Tumoren in der Schwangerschaft beschrieben. Es werden die Anschauungen verschiedener Autoren über ihre Genese, Häufigkeit, Diagnose und Therapie dargelegt.

Am Schluss wird über 7, in der Bamberger Frauenklinik beobachtete Fälle berichtet.-

An dieser Stelle möchte ich Herrn Obermedizinalrat, Prof. Dr. W. L ü t t g e für die Überlassung des Themas, sowie die Übernahme des Referates ergebenst danken.

E.) Literaturverzeichnis.

=====

1. Albrecht, H.: Pathologische Anatomie und Klinik des Uterussarkoms. In: Halban, J. u. L. Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. IV, S. 621. Urban & Schwarzenberg 1928.
2. Baatz, H.: Zschr. Gebh. 118 (1938): 124.
Ders.: Dtsch. med. Wschr. 65 (1939): 1341.
3. Cramer, H.: zit. b. Stoeckel.
4. Custo, E.L.: Clin. obstétr. 42 (1941): 131;
ref. Ber. Gynäk. 42 (1941): 131.
5. Dörfler, A.: Diss. Erlangen 1952.
6. Elsner, P.: zit. b. Stoeckel.
7. Frankl, O.: zit. b. Tasch, H. Das Sarkom der Geschlechtsorgane. In: Seitz, L. u. A. Amreich, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. IV, S. 481. Urban & Schwarzenberg 1953.
8. Franqué, O.v.: Med. Klin. 29 (1933): 445.
9. Gainey, H.L.: zit. b. Heynemann.
10. Gross, E.O.: Zbl. Gynäk. 46 (1922): 567.
11. Guggisberg, H.: Schweiz. med. Wschr. 1934: 622.
12. Heynemann, Th.: Klinik und Behandlung der Uterusmyome. In: Seitz, L. u. A. Amreich, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. IV. Urban & Schwarzenberg 1955.
13. Janson, Ph.: Zbl. Gynäk. 61 (1937): 463.
14. Jaschke, R.Th.v.: Gynäkologie II. Wien, Reichsgesundheitsverlag 1940.
15. Kroemer: Arch. Gynäk. 57 (1899): 322.
16. Lahm, W.: Das Carcinom des Uterus. In: J. Halban u. L. Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. IV, S. 672. Urban & Schwarzenberg 1928.
17. Martius, H.: Lehrbuch der Gynäkologie. 2. verb. Aufl. Stuttgart 1949.
18. Metzger, M.: Bull. soc. Gynéc. 28 (1939): 414.
19. Mittelstraß, H.: Genese und Anatomie der Uterusmyome. In: Seitz, L. u. A. Amreich, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. IV, S. 289. Urban & Schwarzenberg 1955.

20. Nissen, W.: zit. b. Halban/Seitz IV/1949.
21. Schultze, G.K.F.: Röntgenpraxis 4 (1932): 849.
22. Schweitzer, B.: Zbl. Gynäk. 47 (1923): 657.
23. Sommer, K.: Zbl. Gynäk. 49 (1925): 758.
24. Stoeckel, W.: Lehrbuch der Gynäkologie 35/442.
Hirzel, Stuttgart.
25. Tasch, H.: Das Sarkom der Geschlechtsorgane.
In: Seitz, L. u. A. Amreich,
Biologie und Pathologie des Weibes,
Bd. IV, S. 461. Urban & Schwarzen-
berg 1953.
26. Wallingford, A.J.: Amer. J. Obstetr. Gynec. 27
(1934): 224.
27. Yamasaki, M.: Mschr. Gebh. XXXIII (1911): 63.

Lebenslauf.

Am 24. September 1922 wurde ich als Sohn der Eheleute Georg und Käthe Emmert in Nürnberg geboren. 4 Jahre besuchte ich die Volksschule zu Nürnberg und anschliessend das Realgymnasium ebendort.

1940 wurde ich zum Militär einberufen, 1945 geriet ich in französische Gefangenschaft und wurde im Juli 1946 in die Heimat entlassen.-

Im Wintersemester 1946 immatrikulierte ich in Erlangen. Im Verlauf meines Medizinstudiums hörte ich noch in Köln und in München.-

1948 heiratete ich, nach 4-jähriger Ehe verlor ich meine Frau durch ein Lawinenunglück. Unsere Ehe war kinderlos.- Da der Tod meiner Frau mit meinem Staatsexamen zusammenfiel, verschob ich das Examen - auf Rat meines Lehrers - und arbeitete 1 Jahr auf der chirurgisch-urologischen Abteilung des Krankenhauses Fürth/Bay.

1953 legte ich dann in Erlangen mein Staatsexamen mit Erfolg ab.

